FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 7 Mai 1904, à 1 heure

PAR

Edouard TULASNE

DE

L'ECTOPIE RÉNALE

Difficulté du Diagnostic

Président : M. HUTINEL, *professeur.*

Juges : M. CHAUFFARD, *agrégé.*
MM. MÉRY et GOUGET, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15
—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND / TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / TERRIER. / BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. / PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE

Je dédie cette thèse à mon frère, le Dr Ferdinand Tulasne, dont l'affection et les conseils m'ont été si précieux au cours de mes études:

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas la prétention dans ce travail, que nous présentons comme thèse inaugurale, de faire une étude nouvelle sur un sujet nouveau. Celui que nous avons choisi nous a été inspiré par deux observations que nous avons pu recueillir, dans le cours d'un remplacement que nous avons fait l'année dernière.

Il nous a été donné de voir deux malades, atteintes l'une et l'autre, de rein mobile, affection que nous avions absolument méconnue parce que nous n'y avions pas du tout songé. Dans un cas, nous avions fait le diagnostic de salpingite et dans l'autre, celui d'appendicite. Nous aurions été coupable, si, dans un des deux cas, la même erreur de diagnostic n'avait été faite par deux de nos confrères, dont un chirurgien distingué.

Il nous vint alors à l'esprit que, trop souvent oublié, le rein mobile devait être souvent méconnu, et que des erreurs de diagnostic pouvaient et devaient être faites, préjudiciables à la bonne réputation du médecin et, ce qui est plus important, à la santé du malade.

Déjà, pour la malade qui nous avait semblé avoir une salpingite, nous avions eu l'idée d'intervenir ou plutôt de provoquer l'intervention d'un chirurgien, et c'est pour cela, qu'eut lieu la consultation déjà mentionnée. Que serait-il arrivé si la famille ne s'était opposée à une intervention immédiate ? Car cette intervention immédiate avait été décidée. Nous voulons bien admettre, que l'opération n'aurait été suivie d'aucun accident fatal, mais cette considération primordiale, nous le reconnaissons, n'est pas seule, et une intervention qui ne repose que sur une erreur de diagnostic peut être excusable, mais si elle se répète, elle devient coupable.

Il nous est donc venu à l'esprit de rechercher d'autres observations dans lesquelles une erreur reposant sur la difficulté du diagnostic avait été faite. Nous en avons trouvé trois autres, dont une, très détaillée, nous a été fournie par un de nos amis, docteur en médecine.

Il s'agit de sa femme même qui a failli être opérée pour une appendicite, alors qu'un rein mobile était seul en cause. On nous permettra de ne citer aucun nom, ni aucune initiale. Le chirurgien des Hôpitaux, qui devait faire l'opération, ayant été trompé par un ensemble de symptômes qui, en effet, comme on le verra, rendaient forcément le diagnostic des plus obscurs.

Nous estimons donc que ces erreurs de diagnostic doivent être très fréquentes, et que leur fréquence provient, nous le répétons, de ce que dans la pratique,

on oublie trop souvent l'existence ou la possibilité du rein mobile.

Cet accident reconnu il est toujours possible de le réparer, ou tout au moins d'épargner aux patients les malaises, les douleurs, les complications souvent très importantes dont il souffre, On peut et on doit le soulager.

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser un suprême hommage à notre très regretté Maître, M. le professeur Potain, enlevé trop tôt à la science et à l'affection de ses élèves et de ses nombreux admirateurs.

Que MM. les professeurs de clinique médicale, Legludic et Jagot, et MM. Monprofit et Martin, professeurs de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Angers, veuillent bien recevoir ici l'expression de notre reconnaissance pour les conseils et les leçons qu'ils ont bien voulu nous donner au début de nos études médicales.

Notre maître, M. le Dr Bonnaire, professeur agrégé d'accouchement, nous a initié dans la pratique si difficile et si délicate de l'obstétrique. Qu'il soit assuré de toute notre gratitude.

Nous remercions particulièrement M. le professeur Hutinel d'avoir bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

DE L'ECTOPIE RÉNALE

Difficultés cliniques d'en faire le diagnostic

CHAPITRE I

Anatomie Topographique.

Il est bien entendu que, si nous avons l'intention de faire un chapitre d'anatomie, ce chapitre ne doit être traité qu'au point de vue topographique, et encore, au seul point de vue des rapports, en tant que moyens de fixité des reins.

Les reins, au nombre de deux, sont placés asymétriquement de chaque côté de la colonne vertébrale. Le rein gauche est de 5 à 10 millimètres plus élevé que le rein droit. Ils sont placés sur la paroi postérieure de l'abdomen, en avant de la masse musculaire qui ferme, en arrière, cette cavité. Ils sont situés au-dessous des gros organes de l'appareil digestifs: foie, estomac, etc... Par leur propre poids, ils seraient sollicités à descendre vers l'excavation pelvienne, s'ils n'étaient maintenus en place par une

enveloppe propre : la capsule graisseuse ou adipeuse, renforcée en avant par la séreuse péritonéale. En outre de ces moyens de support, nous devons, avec M. le professeur Fournier, mentionner « un plan ostéo-fibreux, squelette de la région rénale, qui est constitué par les dernières vertèbres dorsales, les trois premières lombaires, les deux dernières côtes, les apophyses costiformes des trois premières vertèbres lombaires et les ligaments costiformes ».

Ce plan ostéo-fibreux sert d'encadrement à une couche musculaire que revêt la loge ou capsule rénale que nous venons de signaler. Ces muscles sont en haut : le diaphragme, en dedans le psoas, et en arrière le carré des lombes.

Terminons cet aperçu général en disant que, par suite de ces rapports, les reins sont des organes essentiellement abdominaux, bien que, par suite de la concavité en bas du diaphragme, le niveau de leur bord supérieur s'élève jusque dans la cage thoracique ; de plus ils sont rétro-péritonéaux, ils sont tapissés en avant par le péritoine, mais ils ne sont pas situés dans la cavité péritonéale.

Les rapports du rein avec le péritoine sont des plus importants car, avec la capsule graisseuse, le péritoine constitue presque le seul moyen de fixité du rein.

Etudions donc ces deux enveloppes, l'une propre au rein et qui l'entoure, l'autre qui s'applique seulement sur la face antérieure de l'organe.

L'enveloppe cellulo-graisseuse est plus ou moins

épaisse ; elle forme une couche de deuxième revêtement du rein, car elle recouvre la capsule propre, à laquelle elle n'adhère que par quelques fibres minces et fragiles, qui se rompent aisément et permettent d'isoler assez facilement les deux capsules.

Cette enveloppe cellulo-graisseuse entoure complétement le rein chez l'adulte, mais chez l'enfant, il n'y a de graisse qu'à la partie postérieure, de sorte que la face antérieure du rein est immédiatement en rapport avec le péritoine.

La capsule adipeuse est, pour M. Sappey, constituée par deux éléments bien distincts : un élément cellulo-fibreux et un élément adipeux.

L'élément cellulo-fibreux est une dépendance de la lame fibreuse que revêt, sur quelques points, le péritoine, et qui porte le nom de *fascia propria*.

Parvenue au niveau du rein, cette lame se dédouble : l'un de ses feuillets passe transversalement au-devant de l'organe, comme le péritoine qu'il accompagne et auquel il adhère par un tissu cellulaire fin, dépourvu de graisse ; l'autre s'engage sur la face profonde du viscère, puis touche les vaisseaux qui s'y rendent ou qui en partent, et se confond bientôt avec le précèdent.

Supérieurement, ses deux feuillets s'unissent au dessus du rein qu'ils séparent de la capsule surrénale ; inférieurement, ils se prolongent jusqu'au détroit supérieur du bassin, en s'amincissant de plus en plus.

Cette description n'est peut-être pas complète, car

de même que les rapports, les moyens de fixité varient pour chaque rein et, suivant qu'on les étudie chez l'homme ou chez la femme.

Voyons donc d'abord quels sont ces rapports généraux. Nous indiquerons ensuite les différences suivant le côté et le sexe.

En arrière, le rein est en rapport avec le douzième nerf intercostal, le plexus lombaire, les deux abdomino-génitaux, les artères et les veines lombaires. Ces rapports sont les mêmes pour les deux reins. Il n'en est pas de même pour la face antérieure.

La moitié supérieure de la face antérieure du rein droit est en contact avec le foie, sur lequel elle creuse la facette rénale ; le cul-de-sac hépato-rénal du péritoine s'insinue entre les deux organes, le côlon ascendant et l'angle qu'il forme à sa jonction avec le côlon transverse, portion que l'on désigne sous le nom de : angle sous-hépatique, couvrant la moitié inférieure, appliquée au rein par un méso très court. La portion descendante du duodénum longe le versant antérieur du bord interne, la veine-cave répondant directement à ce bord.

La face antérieure du rein gauche est divisée en deux parties inégales par le méso-côlon transverse : la partie inférieure sous-mésocolique *Poirier* revêtue par le péritoine, bombe dans la cavité abdominale, en rapport avec la veine mésentérique, les vaisseaux coliques supérieurs gauches et les anses de l'intestin grêle ; la moitié supérieure sus-mésocolique est, elle-même, divisée en deux parties, par l'insertion

du repli spléno-rénal : une *partie externe* en rapport avec la rate, dont elle est séparée par le repli péritonéal spléno-rénal, et une *partie interne* qui, creusée par le pancréas et l'artère splénique, répond à la face postérieure de l'estomac, dont elle est séparée par l'arrière-cavité des épiploons. Le côlon descendant longe le bord externe du rein gauche et contourne son extrémité inférieure ; l'aorte est en rapport avec le bord interne.

Le sommet des deux reins est coiffé par la capsine surrénale, qui descend un peu plus bas sur la face antérieure de l'organe que sur la face postérieure.

L'extrémité inférieure du rein plus éloignée de l'axe vertébral que la supérieure (6 cent. au lieu de 3 cent.). descend à environ deux travers de la crête iliaque (*Poirier*).

Voyons maintenant quelles sont les différences des rapports du rein chez l'homme et chez la femme. Ceux que nous avons étudiés se rapportent à l'homme.

Chez la femme les reins sont situés un peu plus bas que chez l'homme. Cette différence de hauteur porte sur les deux reins et est égale environ de 1 à 2 centimètres. Les rapports des deux reins entre eux sont les mêmes que chez l'homme : le rein droit est environ de 1 centimètre plus bas. Cette disposition anatomique, particulière chez la femme, explique, jusqu'à un certain point, la prédominance plus grande de la chute du rein chez cette dernière. En effet, situés plus bas, ils sont, plus que chez l'homme, sujets aux

diverses pressions qui s'exercent autour de la taille. L'usage absurde du corset, et la constriction des organes abdominaux, provenant du serrage exagéré dont abusent les femmes, dans un but pseudo-artistique, n'est pas non plus étranger à cet accident et à sa fréquence.

De plus, les rapports prochains de l'extrémité inférieure du rein avec les ovaires et les trompes produisent, nous n'en doutons pas, un des éléments les plus directs de la douleur dont se plaignent les malades atteints d'ectopie rénale. Ce ne sont pas seulement, comme nous le verrons plus loin, les déplacements du rein qui rendent le rein sensible, ce sont surtout, et nous pourrions presque dire exclusivement, les pressions exercées par cet organe sur les organes voisins, surtout lorsque ces derniers sont le siége d'une poussée inflammatoire. Or, à cause, précisément, de la proximité des ovaires et des trompes, si nous supposons que ces organes sont malades ou simplement enflammés, nous ne pouvons être étonnés que le rein déplacé produise, dans toute cette région, une sensibilité, voire même des troubles fonctionnels importants.

En dehors de ces troubles de sensibilité ou de ces troubles fonctionnels, le déplacement du rein pourra, dans certains cas, et ce point est un des points essentiels de notre travail, ce déplacement, disons-nous, pourra, dans quelques cas, être le point de départ d'une erreur de diagnostic préjudiciable à la santé du ou de la malade. Nous pouvons dire surtout *de la malade*,

car, chez la femme, les tumeurs, qui pourront être observées dans cette région, sont bien plus nombreuses que chez l'homme. Depuis l'ovarite simple jusqu'au kyste de l'ovaire, depuis la salpingite simple jusqu'à la salpingite suppurée, sans oublier l'appendicite, toutes ces affections pourront, à un moment de leur développement, faire croire à un rein mobile ou empêcher de le reconnaître.

Mais ne nous attardons pas plus longtemps sur ce sujet que nous devons reprendre dans un autre chapitre. Contentons-nous de dire ici, que les rapports du rein, chez la femme, sont à peu près les mêmes que chez l'homme, quant à leur face et à leur extrémité supérieure. L'extrémité inférieure, bien que dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, n'en repose pas moins de très près, sur une région peu éloignée des organes spéciaux à la femme, et on peut dire que dès qu'ils sont ectopiés, ils se mettent en rapport de voisinage assez intime avec eux pour les toucher, les intéresser au passage.

Pour terminer ce que nous avons à dire des rapports proprement dits du rein, répétons encore une fois qu'à moins d'anomalie, il n'y a jamais de péritoine en arrière du rein et que la meilleur incision, pour arriver sans encombre sur le rein, devra être faite obliquement en bas et en dehors de la partie moyenne de la douzième côte au milieu de la crête iliaque. Dans cette incision, on traversera successivement d'arrière en avant : la peau, les fibres postérieures du grand oblique, le petit oblique, l'aponé-

vrose du transverse. On arrivera ainsi sur le bord du carré des lombes qu'il faudra rechercher avec soin. Le bord de ce muscle constitue un excellent point de repère. En dehors de ce muscle, on trouvera le tissu adipeux mou qui entoure le rein. Si l'incision a été bien faite, on sera obligé d'inciser la face postérieure du fascia rénal pour atteindre le tissu adipeux qui se présente sous une belle couleur jaune. La recherche du rein sera facilitée par un aide qui comprime, en avant, la paroi abdominale, ainsi que l'aorte, en cas de besoin. Il est facile ensuite de saisir, d'accrocher le rein, ainsi que son pédicule.

Nous ne saurions être trop complet, surtout dans un travail sur le rein mobile, si nous n'insistions encore davantage sur les moyens de fixité du rein, moyens de fixité qui sont communs, ou particuliers, à chacun des reins.

Ces différents rapports suffisent pour expliquer, jusqu'à un certain point, la fixité relative des reins, mais il existe encore, pour le rein droit, deux autres moyens d'attache qui ont été signalés par quelques auteurs et qui proviennent du péritoine. L'un que l'on désigne sous le nom de ligament hépato-rénal, déjà cité, s'étend du rein à la face inférieure du foie. Ce ligament forme la limite postérieure de l'hiatus de Winslow. L'autre, appelé ligament duodéno-rénal de Huschke, descend de l'extrémité supérieure du rein pour atteindre l'angle supérieur du duodénum sur le côté droit duquel il s'insère.

Il est important avant d'entrer dans l'étude des cau-

ses qui produisent les déplacements du rein de repasser rapidement en revue ce que nous venons de dire, et de discerner, parmi les moyens de fixité, ceux qui ont le plus d'importance.

L'enveloppe cellulo-graisseuse est déjà le premier point d'appui du rein et, sans contredit, elle doit jouer un grand rôle dans sa fixité. S'il n'y avait que l'élément cellulaire, le point d'appui ne serait pas bien considérable mais l'élément graisseux qui remplit les aréoles cellulaires viennent la renforcer au point que, pour M. Sappey, cette graisse joue un très grand rôle et suffit pour expliquer à elle seule la fixité du rein. Cette fixité est du reste relative, puisque l'on sait que le rein jouit d'une certaine liberté de mouvement, dans le sens vertical et de dedans en dehors, sous l'influence de la respiration. Ce maintien en place, en même temps que cette légère mobilité physiologique, provient de la texture mixte de cette enveloppe, l'élément graisseux sert de base résistante, tandis que l'élément cellulaire sert de base élastique.

Il est vrai que ce moyen de fixité a été nié par d'autres auteurs qui ne le trouvent pas suffisant. M. Tuffier entr'autres, trouve que ces éléments n'offrent aucune espèce de résistance et que la plus légère pression de haut en bas, lorsqu'on a enlevé tous les organes abdominaux et par conséquent tous les autres moyens de fixité immédiats ou médiats, suffit pour faire descendre le rein.

La paroi antérieure de la capsule externe du rein, beaucoup plus résistante, est certainement un moyen

de fixité bien supérieur. En effet, par sa texture même, elle est d'une résistance bien plus considérable que l'enveloppe cellulo-graisseuse dont nous venons de parler ; mais en dehors de cette texture, la situation exacte du rein elle-même contribue à expliquer combien importantest le rôle que va jouer cette capsule dans la fixation du rein.

Le rein a une position qui s'éloigne de la verticale. Sa direction exacte, nous l'avons déjà dit, va de haut en bas et d'avant en arrière. C'est à cause de cette direction que le rein appuiera surtout sur la face antérieure de la capsule externe. Il sera donc plus difficile au rein de *filer*, que l'on nous permette cette expression, entre les deux lames qui l'enserrent inférieurement vers le fascia retro-rénal dont nous avons déjà parlé. S'il était dirigé verticalement, le rein les écarterait sans le moindre effort, tandis qu'appuyant sur sa partie antérieure, la pression s'égalisant sur une grande surface résistante, il ne peut vaincre cette résistance et il se trouve fixé dans sa loge, sans qu'il y ait pour lui possibilité de se déplacer sous une cause purement physiologique.

Nous avons dit que dans les mouvements d'inspiration les reins se déplaçaient. Il a été constaté expérimentalement que le rein gauche se déplaçait moins que le rein droit, et que, dans leur mouvement de déplacement, les reins ne *descendaient* pas seulement, mais s'appuyaient en avant par leur partie supérieure exagérant par conséquent leur situation anatomique normale.

On a pu faire remarquer que ce mouvement de la partie supérieure en avant pouvait avoir pour but de diminuer la pression exercée par la partie inférieure, cependant ne serait-il pas juste de faire observer que ce même mouvement ne portant que sur la partie supérieure a une tendance très marquée, mécaniquement, de pousser ce rein, comme sur un plan incliné vers la fente rétro et inféro-rénale, et par conséquent de l'inciter à s'échapper vers le petit bassin ?

Quoiqu'il en soit, il est certain que la capsule externe du rein, doublée de la capsule graisseuse, sont les deux facteurs principaux qui maintiennent le rein dans sa position. Les autres éléments fixatoires, ligaments ou organes environnants, ne sont que des moyens secondaires qui deviennent souvent illusoires ou sont facilement annihilés par la pression ou les efforts, quelle qu'en soit l'origine.

Par suite de leurs déplacements les reins peuvent occuper, dans la cavité abdominale, des situations tout à fait bizarres. Ils peuvent être transportés à des distances très grandes de leur position normale. Ce ne sont pas seulement des déplacements dans le sens de la hauteur. Souvent le rein déplacé est transporté de l'autre côté de la ligne médiane, et, fréquemment encore, ces deux déplacements se combinent et, après être descendus dans la fosse iliaque correspondante, le rein va se loger dans la fosse iliaque opposée. On comprend alors tous les symptômes morbides auxquels ces migrations accidentelles peuvent donner lieu, et surtout, ce qui nous intéresse, les erreurs faciles d'un

diagnostic, lorsque l'on trouve une tumeur, apparaissant parfois brusquement dans un endroit où, sauf le cas pathologique, on ne doit pas en trouver.

Il s'en suit que les rapports que nous avons donnés, du rein normalement situé, sont entièrement modifiés, et que le rein ectopié cesse d'être protégé. Il peut devenir malade par suite même de son déplacement, mais les accidents que peut faire naître ce déplacement sont plus fréquents et plus sérieux.

SYMPTOMATOLOGIE

La fréquence du rein mobile est beaucoup plus grande qu'on ne le croit. Mais comme ces déplacements ne sont pas toujours douloureux, ils ne sont pas toujours reconnus. La douleur est, en effet, le premier symptôme dont se plaint le malade, ou la malade qui est en possession d'une ectopie rénale.

Est-ce à dire que le rein mobile est douloureux par lui-même ? Nous ne le croyons pas. La douleur ressentie par le malade provient le plus souvent de ce que, par suite de son déplacement, il produit sur un organe sensible, sur un plexus nerveux, une pression insolite, ou parce que, comme nous le disions à la fin du chapitre précédent, il a cessé, en changeant de place, d'être protégé et a pu être soumis à un choc, à un coup qui l'ont, momentanément et accidentellement, rendu douloureux.

Cette opinion est déjà ancienne, et nous nous rappelons l'avoir lue, il y a quelque temps, dans une clinique faite par Trousseau, à l'Hôtel-Dieu. Dans cette leçon, Trousseau s'élevait contre l'habitude illogique qui consiste, en médecine, à attribuer un symptôme à un fait qui n'a été révélé que par ce symptôme.

Ainsi, toujours d'après Trousseau, une femme se plaint de douleurs utérines, on l'examine, et on trouve une déviation de l'utérus. De là à dire que l'utérus déplacé, ou plutôt dévié, est douloureux, il n'y avait qu'un pas, et c'est ce qui a été fait pendant longtemps. On ne s'était pas aperçu qu'il y a presque toujours métrite concomitante, ou compression des organes voisins par la matrice déviée. Il en est ainsi du rein.

Lorsque cet organe n'est pas le siége d'une inflammation, lorsque, sorti de sa loge, il ne repose pas simplement de tout son poids, sur un organe sensible, il n'y a pas de raison pour que le malade, porteur d'un rein déplacé, souffre ; pas plus qu'il n'y a de raison pour qu'une malade atteinte de déviation utérine souffre, s'il n'y a pas de métrite.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que le premier symptôme, ou plutôt la première, la seule raison qui détermine un ou une malade à venir consulter un médecin, n'est pas un symptôme vrai, de l'affection pour laquelle on demande des soins. Ce n'est qu'un symptôme secondaire, le plus marqué *pour le patient* c'est vrai, le seul même qui lui semble important, mais qui est loin d'être pathognomonique pour le médecin.

Il n'est pas douteux également que la fréquence du rein mobile est beaucoup plus grande qu'on ne le croit en général, parce que tous les reins mobiles ne réveillant pas de douleurs, passent donc le plus souvent inaperçus.

C'est enfin la raison pour laquelle on attribue à un âge déterminé, l'âge adulte, l'époque d'élection de l'ectopie rénale, alors, qu'en réalité, elle n'est réputée plus fréquente que parce qu'elle est méconnue au début, le rein déplacé n'étant pas encore douloureux ou n'ayant pas encore réveillé de douleurs par suite de la compression des organes voisins.

Les autres signes cliniques, qui peuvent faire croire au déplacement du rein, sont assez vagues, en dehors de l'exploration directe dont nous allons bientôt donner la technique.

Ce sont d'abord, en dehors de la douleur que nous venons d'expliquer, de vagues malaises, des sensations de pesanteur, de tiraillement, de pincements. Ces malaises s'accompagnent assez souvent de nausées et même de vomissements. Une tendance à la syncope n'est pas rare, surtout chez les femmes. Enfin, on a signalé souvent une sensation bizarre, dénoncée par les malades, de *décrochement* d'un organe dans le ventre, sans, bien entendu, qu'ils puissent dire lequel.

Ces différents malaises, voire même la douleur éprouvée, s'exaspèrent à la suite d'une marche prolongée ou de la station debout, ou d'un effort. C'est même souvent à la suite d'une de ces causes que, pour la première fois, le rein mobile est découvert. Il peut exister, à la suite de ces phénomènes dont nous venons de parler, des troubles dyspeptiques très marqués.

Nous avons laissé pour la fin deux symptômes

auxquels nous attachons une grande importance. Ils n'ont jamais manqué d'être signalés par les malades que nous avons interrogés.

Ce sont d'abord, par suite de la pression exercée par le rein ectopié sur un plexus nerveux, des douleurs non seulement limitées au point où repose le rein, mais s'irradiant au loin. Ainsi, par exemple, par suite de la compression nerveuse des points d'origine, on a pu voir les malades se plaindre de vraies crises de sciatique, avec impotence fonctionnelle du membre inférieur, impotence momentanée d'ailleurs, car elle cesse dès que le malade, soit par le décubitus dorsal, soit par un mouvement qui déplaçait le rein de sa position anormale, fait cesser la pression du plexus ou du nerf en question.

Il est un autre signe que nous avons toujours observé et qui a été nié par Trousseau. Ce sont les troubles de la miction. Nous disons troubles *de la miction*, et non troubles de la *sécrétion urinaire*, car ces derniers peuvent très bien ne pas exister. Pour être déplacé, le rein n'est pas forcément malade, surtout au début. Mais les troubles de la miction existent toujours chez les malades, qui consciemment ou inconsciemment, sont, depuis longtemps, porteurs d'un rein mobile. Ces troubles existent-ils et ne les avons-nous toujours vus que parce que le début de l'affection était ancien ? C'est possible. Ces troubles de la miction font-ils défaut ou ne sont-ils pas signalés simplement à cause de leur indolence ? C'est encore possible. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que les

malades qui ont un rein mobile, n'hésitent pas à répondre affirmativement quand on leur demande s'ils ont éprouvé de ce côté-là un trouble très caractéristique consistant à voir la quantité d'urine diminuer *notablement* pendant quelques jours pour apparaître à nouveau très abondante, brusquement, sans raison.

Ce trouble s'explique très bien ; causé par une raison mécanique, il disparaît de même mécaniquement.

Par suite du déplacement, les uretères sont coudés, et la sécrétion urinaire continuant à se produire, il existe momentanément une hydronéphrose qui disparaîtra, d'ailleurs, spontanément et mécaniquement comme nous venons de le dire, dès que la *coudure* de l'uretère aura cessé par suite de la remise en place du rein.

Dans les observations que nous publions plus loin nous avons souligné et relaté des exemples très nets de ce léger accident.

N'oublions pas de mentionner comme signes accessoires, mais accompagnant fréquemment le déplacement du rein, des sensibilités lombaires, des douleurs qui, siégeant à l'épigastre ou vers les espaces intercostaux, ne peuvent plus être attribués à la pesanteur mais à des phénomènes réflexes.

Tous ces signes, qui ne sont que fonctionnels, permettent certes de faire le diagnostic du déplacement du rein. Mais ce diagnostic, basé sur le raisonnement, ne vaut certes pas celui qui repose sur l'examen direct de la région.

Pour arriver à trouver un rein déplacé, il faut faire coucher le malade, se mettre du côté où siége l'ecto-

pie. On glisse une des mains le long du rebord des dernières fausses côtes, entre celles-ci et la crête iliaque, puis de l'autre main, on déprime lentement la paroi de l'abdomen, de manière à refouler la masse des intestins et à pouvoir ainsi, en tâtonnant, arriver au contact du rein déplacé qui se trouve ainsi saisi entre les deux mains. On peut ainsi constater la nature de l'organe et sa mobilité insolite. En effet la sensation tout à fait particulière que les patients éprouvent par la pression directe du rein, sensation qui rappelle un peu celle des testicules, enfin l'absence du rein, d'un côté, sera une preuve convaincante de l'ectopie rénale.

Nous avons fait connaître les principaux moyens d'arriver à diagnostiquer un rein mobile. Avant de faire le diagnostic différentiel souvent difficile, disons quelques mots des causes qui peuvent produire le déplacement. Nous en avons déjà, dans le premier chapitre de ce travail, fait connaître les causes purement anatomiques, mais il est bon de rappeler ici quelles sont, en dehors de ces causes prédisposantes, les causes efficientes.

On a observé, et nous avons dit, que le rein mobile était plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

On a cherché à attribuer la cause du déplacement du rein à la congestion mensuelle qui accompagne les règles, congestion que l'on observe sur tous les organes abdominaux. C'est d'après certains auteurs, la raison qui fait que les femmes, atteintes de rein mobile, souffrent *de leur rein* beaucoup plus aux

époques menstruelles. De plus, par suite de l'augmentation de volume, et par conséquent de poids, les points d'attache et de fixité du rein ne sont plus suffisants pour le supporter. Cette congestion, pour nous, est certainement une cause qui augmente la douleur, mais ne nous paraît pas suffisante pour expliquer l'ectopie.

La grossesse, surtout la grossesse répétée, est aussi une des causes invoquées pour expliquer la plus grande fréquence du rein mobile chez la femme. Il est certain que les efforts que font les parturientes sont suffisants pour expliquer et provoquer l'ectopie rénale. De plus, les efforts d'expulsion, dans lesquels entrent en jeu surtout les muscles abdominaux, sont bien dirigés dans le sens qui favorise le plus la sortie du rein de sa loge.

Le port du corset enfin a été incriminé et peut-être est-ce avec raison.

Quoi qu'il en soit de cette fréquence plus grande chez la femme, nous voyons que toujours, la pesanteur de l'organe, l'effort exercé sur l'organe, quelle qu'en soit la cause, sont les facteurs les plus habituels de l'accident. Les causes anatomiques sont, nous le répétons, prédisposantes, disons même nécessaires, mais les autres sont également utiles, pour déterminer la chute préparée par la dégénérescence des organes, des tissus et peut-être aussi par un état général arthritique ou autre, qui précède souvent l'apparition de l'ectopie rénale.

Pour nous résumer, disons que toutes les causes qui

peuvent agir directement ou indirectement sur un rein comme un choc, une pression, etc., peuvent produire un déplacement, lorsque les moyens de fixité sont relâchés par suite d'une altération des tissus pathologique ou accidentelle.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous avons annoncé, dès le début de ce travail, qu'il avait pour but principal de rappeler les erreurs de diagnostic dont peut être cause l'ectopie rénale.

Souvent les malades s'alarment à tort, et croyant à une tumeur abdominale n'osent pas aller consulter leur médecin, de peur de connaître la vérité, vérité qu'ils sont d'ailleurs bien aises de connaître, lorsque le diagnostic de rein mobile est établi. Rien, en effet, n'épouvante autant les malades que l'existence d'une tumeur de l'abdomen, surtout quand le diagnostic formel n'est pas fait, ou quand ils s'aperçoivent que les soins qu'on leur donne sont impuissants à la faire disparaître ou diminuer. Or, c'est bien tout à fait le cas du rein déplacé. Si le médecin a l'air de ne pas savoir exactement la nature de la tumeur que les malades perçoivent souvent eux-mêmes, ces malheureux sont plongés dans des accès de mélancolie extrême et deviennent certainement plus malades moralement que physiquement. Ajoutons à cela qu'ils souffrent, ce qui ne fait qu'exaspérer leur anxiété.

C'est pour cela que le médecin doit, dès qu'il est sûr de son diagnostic, être très affirmatif, conseiller un des traitements dont nous dirons un mot un peu plus loin et faire connaître aux malades les inconvénients d'un accident réel, ennuyeux toujours, grave parfois, mais dont la nature est loin d'être maligne et fatale comme se l'imaginent tous les malades qui sentent une grosseur dans une partie quelconque de leur corps.

Mais là est la question. Il n'est pas toujours facile de faire ce diagnostic.

Les reins mobiles peuvent donner lieu à une infinité d'erreurs de diagnostic.

Il est des cas où l'on prend la tumeur pour une tumeur maligne ; c'est lorsque, le malade ayant souffert depuis longtemps, son état général s'est affaibli, les troubles digestifs ont amené une anémie plus ou moins intense, un amaigrissement et une paleur de la face assez prononcés pour donner le change. L'examen attentif et suivi de la tumeur, qui n'augmente pas de volume, qui, dans bien des cas, est *migratrice*, s'accompagne de troubles de la miction ; enfin la palpation de la région rénale qui, dans la plupart des cas, permettra de reconnaître les variations anormales des rapports du rein, remettront vite le médecin sur la voie et l'obligera à corriger une première opinion erronée.

Dans d'autres cas, plus rares il est vrai, on a pu prendre les douleurs intermittentes de l'ectopie rénale pour une série d'attaques de péritonite. Mais l'absence de fièvre dénote l'absence d'inflammation ; la dou

leur est localisée en un point fixe, l'abdomen n'est pas douloureux dans toute son étendue, comme dans la péritonite. Le diagnostic est donc assez facile.

Le rein mobile peut être pris pour un rein *malade* d'une affection inflammatoire, mais il est rare qu'il y ait des vomissements, comme dans la colique néphrétique, ou de l'albumine, comme dans la plupart des inflammations du rein.

Parmi les accidents que nous avons signalés comme étant les effets de l'ectopie rénale, nous avons cité les névralgies lombaires et les névralgies sciatiques. Ces phénomènes sont souvent pris pour des accidents primitifs, alors que, après examen, on s'aperçoit qu'ils ne sont que la conséquence de compression nerveuse. L'ensemble des autres phénomènes concomitants pourra éclairer le praticien, mais ce qui lui fera rectifier son erreur de diagnostic, s'il en a commis une, c'est l'examen direct. Il lui suffira de rechercher d'une part, si la région rénale correspondant à la tumeur n'est pas vide, et d'autre part, si la pression ne détermine pas une sensation identique dans la tumeur et sur le rein opposé, resté en place. Nous avons déjà signalé, plus haut, la douleur spéciale ressentie par le fait de la pression d'un rein.

On a pu prendre la tumeur formée par le rein déplacé pour une tumeur du foie, de la vésicule biliaire, de la rate, du mésentère, pour un amas de matières fécales. La marche de ces tumeurs qui se développent et présentent rapidement un caractère de malignité ou qui, comme dans la coprostase, cèdent

facilement à l'effet d'un purgatif, permettra de rectifier au plus vite un diagnostic qui menaçait de s'égarer.

Et puis, il faut bien remarquer que ces différentes tumeurs ne sont pas mobiles comme le rein ectopié. La rate est plus volumineuse qu'un rein déplacé.

Mais lorsque ce diagnostic différentiel est à faire chez la femme, il y a de nombreuses erreurs à craindre.

Un fibrome de l'utérus de moyenne dimension ou développé superficiellement peut très bien être pris pour un rein déplacé. Il faudra se souvenir que ces fibromes s'accompagnent le plus souvent d'hémorrhagies et sont indolents.

Une poussée de salpingite sera très souvent prise pour un rein mobile et réciproquement. Nous donnons plus loin des observations qui le montrent; mais ces poussées de salpingite sont le plus souvent accompagnées de fièvre et d'accidents utérins, métrites, leucorrhées, etc..., qui permettront d'écarter la possibilité d'un rein mobile ou tout au moins de reconnaître la cause des différents phénomènes observés. Du reste, l'examen direct, le toucher vaginal permettra de reconnaître la forme allongée, dure, de la trompe, douloureuse non seulement à la pression mais également par la mobilisation de la matrice. Enfin, comme pour les autres cas, l'examen de la région rénale fera reconnaître que la loge du rein n'est pas vide.

Les matrices douloureuses, par suite de métrites, peuvent donner lieu à une petite erreur vite corrigée, par l'examen au spéculum.

Il est enfin une autre affection qui peut être la cause d'une erreur d'antant plus grande que le traitement, qui consiste en une laparotomie, se fait parfois très précipitamment. Nous voulons parler de l'appendicite. Ce n'est pas cette affection qui sera prise pour un rein mobile, mais bien le rein mobile qui sera pris pour une crise d'appendicite.

La localisation de la douleur qui, dans les deux cas, peut être la même ; l'intermittence des crises qui, dans les deux cas, peuvent se présenter sous forme de *coliques ;* les vomissements, rares dans le rein mobile, mais possibles cependant, l'empâtement de la région de l'hypochondre droit qui donne souvent la sensation d'une tumeur avec irradiation dans l'appendicite comme dans le rein mobile, tous ces symptômes communs ne peuvent qu'induire en erreur un praticien, même distingué, qui ne pense pas de suite à la possibilité d'un rein mobile. Il n'y a pas jusqu'aux antécédents pathologiques de la malade (car c'est surtout chez la femme que nous envisageons l'erreur comme facile), la constipation ordinaire, etc., qui ne vienne obscurcir un diagnostic qui demande cependant à être fait rapidement.

Que l'on songe à la gravité de cette erreur de diagnostic, puisqu'elle expose le patient ou la patiente à se faire ouvrir le ventre, à se soumettre à une ablation inutile de l'appendice, à supporter tous les aléas d'une opération dont le besoin ne se faisait pas sentir, opération, qui du reste, ne le soulagera pas et qui devra être souvent suivie d'une autre opération, la néphrorraphie.

Nous croyons qu'avant de prendre une décision aussi grave, le médecin doit réfléchir et ne pas exposer son malade. L'état général, la fièvre intense, les vomissements *péritoniques*, devront faire surtout penser à l'appendicite, de même également que la brusque apparition de ces phénomènes graves. En effet, la soudaineté de ces accidents n'existe pas dans le rein mobile, et lorsque ce dernier les réveille, ils se sont déjà, à plusieurs reprises, manifestés bien qu'à un degré moindre. Mais inversement, il peut arriver une véritable crise d'appendicite chez un malade ou chez une malade ayant déjà un rein mobile connu, et alors l'erreur inverse peut se produire et empêcher une opération qui, dans ce cas, aurait été très utile, nous pouvons même dire immédiatement nécessaire.

Nous donnons une observation très détaillée dans laquelle l'erreur, qui aurait consisté à ouvrir un ventre alors qu'un rein mobile était seul en cause, a failli être commise. Mais tous les accidents s'amendant on a pu, assez tôt heureusement, leur attribuer leur vrai point de départ.

Nous nous résumerons en disant que le meilleur moyen d'éviter ces erreurs de diagnostic est de ne jamais perdre de vue la possibilité d'un déplacement du rein, surtout chez la femme, et chaque fois que l'on aura à explorer un ventre pour une tumeur ou affection inflammatoire, ne pas manquer de jeter un coup d'œil vers la région rénale, et d'y rechercher si l'organe y est encore. Enfin nous conseillons de ne

jamais se décider à une intervention, sans avoir fait l'exploration méticuleuse dont nous venons de parler. Les reins mobiles, surtout chez la femme, sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement.

TRAITEMENT

Notre intention n'est pas de nous étendre longuement sur le traitement du rein mobile. Il est médical ou chirurgical. Nous estimons que dans la majorité des cas, le premier est suffisant et que l'on ne doit avoir recours au second que dans quelques cas rares.

Le traitement médical consistera tout d'abord à faire rentrer le rein dans sa loge, à le remettre en place. La chose est souvent possible, il suffit même quelquefois de faire coucher la femme, lui maintenir le siége élevé, la tête basse pour que le rein se réduise de lui-même. Un léger taxis aidera les *récalcitrants*. Il faudra en même temps conseiller aux patients d'éviter toute constriction de la région thoraco-abdominale, et chez les femmes qui font usage d'un corset trop serré, de cesser d'en porter.

Mais la grande difficulté consiste, une fois ce premier résultat obtenu, de maintenir le rein et de le protéger.

On a fait plusieurs ceintures qui ont la prétention d'arriver à ce double but. Nous pensons que la plus

simple est la meilleure. Il faut conseiller au malade l'emploi d'une large ceinture de caoutchouc faite sur le plan de la ceinture hypogastrique avec, au point où se trouve le rein, une pelote molle mais cependant résistante, légèrement concave, qui aura pour but de se mouler sur l'organe et de le maintenir en place tout en le protégeant.

Cette ceinture, surtout à cause de la pelote, est souvent mal supportée par les malades qui l'abandonnent aussitôt après en avoir fait l'essai.

Cela provient de deux raisons : d'abord à cause de l'extrême et particulière sensibilité du rein comprimé et ensuite par suite de la non réduction parfaite de l'organe. Nous croyons que lorsque le rein est bien en place et que la pelote aura subi dans sa forme les modifications nécessitées par la forme, le volume du rein, la ceinture pourra être supportée. Nous conseillons enfin de ne pas appliquer la ceinture, sans avoir exigé du ou de la malade un séjour d'une huitaine de jours au lit. Cette précaution aura pour but de permettre aux organes plus ou moins contus par la pression du rein, voire même au rein lui-même, de se décongestionner et de faciliter la tolérance de la ceinture.

Si le rein est absolument irréductible ; si le port de la ceinture est reconnu insupportable ; si les accidents généraux ou locaux ne s'amendent pas et deviennent une cause de torture pour le malade, il faut avoir recours au traitement chirurgical.

Plusieurs procédés opératoires ont été conseillés.

Notre intention n'est pas de les passer en revue. Un mot seulement complètera ce que nous avons déjà dit dans le chapitre de l'anatomie pour arriver à mettre à nu la région rénale.

Le procédé que nous allons décrire est celui employé par M. le professeur Guyon.

Après avoir nettoyé d'une façon complète le champ opératoire, le malade est chloroformé. On le couche sur le côté opposé à celui sur lequel doit porter l'opération. On place sous lui un coussin résistant afin de tendre le côté malade. Cela aura pour but de faire soulever la région sur laquelle on va intervenir. On fait alors l'incision qui, comme nous l'avons déjà dit, doit porter sur le bord externe de la masse sacro-lombaire. Une fois le tissu cellulaire sectionné dans toute l'étendue de la plaie, on sectionne les différentes couches musculaires, jusqu'à ce qu'on arrive sur le carré des lombes que l'on traversera, si on ne peut, l'éviter. La capsule graisseuse est enfin mise à nue et après l'avoir incisée on ne découvre pas le rein s'il est déplacé. Un aide passe alors la main ou le poing fermé sous les côtés à la paroi antérieure. Cette pression fait saillir le rein à travers la plaie. On place alors un fil de catgut double à travers le parenchyme rénal et le plus près possible de l'extrémité inférieure de la glande. M. Guyon fait à l'entrée et à la sortie de chaque fil, un nœud qui a pour but d'empêcher ces fils de sectionner le parenchyme rénal et fait de chacun d'eux un véritable ligament suspenseur.

Cela fait, on passe les différents fils dans les différents

plans musculaires de façon à les maintenir en place, en ayant soin toutefois de ne pas trop les serrer. Il ne faut pas non plus que les fils soient trop nombreux, car il se déclare autour de chacun d'eux un tissu sclérosé qui peut altérer le tissu rénal. Il ne faut pas trop les serrer, avons-nous dit, afin que le tissu du rein ou la couche musculo-aponévrotique ne soit pas sectionnée. On termine en faisant un plan de sutures au catgut sur les muscles et on réunit, par des crins de Florence la peau et le tissu sous-cutané. On achève le pansement avec de la gaze iodoformée. Il faudra laisser ce premier pansement huit ou dix jours en place, et si l'opération a été faite avec toutes les précautions aseptiques ou antiseptiques voulues, les suites seront simples. S'il survient de la suppuration, la guérison en sera retardée, mais il ne semble pas que le résultat ultérieur en soit plus mauvais. La convalescence sera plus longue et voilà tout.

Ce procédé qui peut être considéré comme le procédé type a subi quelques modifications suivant les chirurgiens. Nous trouvons par exemple dans la thèse de M. Le Cugiat un procédé de M. Tuffier qui consiste à suturer le rein, après l'avoir décortiqué, et à le fixer au périoste de la douzième côte.

Nous ne voulons pas nous arrêter plus longtemps sur ces différents manuels opératoires. Nous terminerons en disant, ce que nous avons déjà dit, que le rein mobile n'est jamais un accident grave, ou tout au moins que s'il survient des accidents graves, on aurait toujours pu les prévenir, soit par un traitement

médical, soit par un traitement chirurgical. La grosse difficulté est de reconnaître le rein mobile ; une fois cela fait, il est toujours possible, sinon de guérir le patient, tout au moins de le soulager.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Madame X..., âgée de 33 ans, mariée depuis 14 ans, a eu quatre enfants. Bonne santé habituelle. N'a d'ailleurs jamais fait de maladie.

A commencé à être fatiguée après son premier accouchement qui a du reste été fort laborieux, long (23 heures), mais n'a pas nécessité d'intervention spéciale.

Ces fatigues consistaient surtout en lourdeurs dans le côté droit du ventre, lourdeurs et malaises qui s'exaspéraient au moment des règles ou après une marche un peu prolongée. Attribuées tout d'abord à l'accouchement, ces fatigues ne furent pas soignées, et on ne sollicita l'appel d'aucun médecin consultant. « Cela se passera », disait-on dans l'entourage de Mme X.

Le contraire arriva. Les fatigues furent remplacées par de véritables douleurs qui allèrent en augmentant et en s'irradiant dans tout le ventre. A l'époque des règles surtout, Mme X... était obligée de s'aliter, et les quelques jours qui les précédaient, elle ressentait, dans la fosse iliaque droite, de véritables élancements qui se terminaient par des *coliques* en ceinture horriblement douloureuses, au point que plusieurs fois, ces coliques furent suivies de syncopes. Elles se renouvelaient tous les jours, parfois

plusieurs fois par jour. Puis, les règles terminées, elles se faisaient plus rares, mais néanmoins réapparaissaient de temps en temps, avec cependant moins d'intensité.

Pendant près d'un an, il n'y eut pas de changement. On se décida alors à faire appeler un chirurgien, d'autant plus que les douleurs qui, jusqu'à présent, avaient été limitées à l'abdomen s'étaient étendues, et que souvent Mme X... ressentait dans la cuisse droite des élancements très douloureux, accompagnés d'une sensation de chaleur.

Le chirurgien, après examen sérieux et prolongé, ne trouvant rien dans le petit bassin, explora la région rénale et constata, d'une façon très nette, que le rein droit était légèrement déplacé. Il ordonna le séjour au lit et le port d'une ceinture avec pelote. Le séjour au lit amenda les accidents douloureux qui ne se firent pas sentir tant que Mme X... ne marcha pas. Au bout d'une huitaine de jours, la ceinture commandée étant faite, on permit à Mme X... de se lever, après lui avoir appliqué la ceinture, la pelote placée au-dessous du rein afin de le maintenir. Mais dès qu'elle eut essayé de marcher, la pression de la ceinture lui causa une telle sensation qu'elle fut prise de vomissements et retira d'elle-même la ceinture dont elle ne voulut plus entendre parler.

Elle reprit sa vie habituelle, et en même temps recommença à souffrir avec toutes les manifestations pénibles qu'elle avait éprouvées avant le commencement de ce semblant de traitement.

Sur ces entrefaites, elle redevint enceinte. Accouchement normal, sans aucune complication. Mais aussitôt relevée, les douleurs et les coliques reparurent comme avant, et s'aggravèrent même, car, à la douleur, s'ajouta bientôt une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit. Ce nouveau phénomène apparaissait parfois brusquement, au milieu d'une promenade,

la jambe devenait *lourde* et il était impossible à Mme X... de la soulever et de continuer à faire un pas.

La première fois que cela lui arriva elle était heureusement avec son mari qui la porta, fit avancer une voiture, et après l'avoir couchée courut chercher le chirurgien qui avait diagnostiqué un rein mobile dix-huit mois auparavant.

Le chirurgien n'eut pas de peine à constater que le rein qui était, au début, légèrement déplacé était à ce point devenu mobile qu'il le trouva dans la fosse iliaque droite. Après un taxis douloureux et pénible, il parvint à le déloger mais ne put le remettre complétement en place. Cependant la douleur de la jambe et l'impotence disparurent presque aussitôt, et après être restée au lit quelques jours Mme X... put se lever et marcher. Mais chaque fois qu'elle faisait une marche un peu longue ou qu'elle restait dans la station debout un peu longtemps, elle commençait à sentir dans la cuisse droite la sensation de douleur et d'engourdissement qui avait précédé l'impotence fonctionnelle dont nous avons parlé et s'asseyait, ce qui lui permettait après quelques instants de repos de pouvoir reprendre sa marche. Du reste, comme elle le dit elle-même, elle se rappelait les mouvements de pression qu'avait fait le chirurgien pour réduire son rein, et au moment où elle éprouvait les symptômes d'engourdissement il lui suffisait d'exercer discrètement une légère pression, à l'endroit d'où partait la douleur, pour pouvoir marcher encore un moment. L'engourdissement reparaissant, elle recommençait la petite manœuvre et pouvait ainsi attendre le soir, ou enfin étendue, tous les phénomènes fâcheux disparaissaient pour du reste reparaître le lendemain.

Cette existence ne pouvait se prolonger, et Mme X... était décidée à se faire opérer, d'autant plus que les souffrances presque continues l'avait énervée et anémiée. Son teint était devenu pâle, elle mangeait peu et mal, craignant, à chaque instant, de

voir revenir les coliques. Il était survenu un autre phénomène : Mme X... restait deux ou trois jours sans, pour ainsi dire, uriner. Si elle restait au lit, ou si elle faisait *remonter son rein*, elle avait alors une débâcle d'urine, et comme elle le dit elle-même, elle remplissait un vase. L'opération fut décidée pour le retour des vacances. Mais alors il survint un phénomène bizarre. Mme X... fut victime d'un accident qui eut les suites les plus inattendues, et les plus heureuses. Se trouvant dans les Vosges, elle fit une chute du haut d'un rocher. Elle se contusionna fortement l'épaule, en même temps qu'elle ressentit une violente secousse dans le ventre. Elle se mit au lit, et après cinq jours se trouvant tout à fait mieux, elle se leva et commença à marcher. Elle fut étonnée de ne plus souffrir dans le ventre, et de plus être obligée, au bout d'un certain temps, de faire remonter son rein, manœuvre qui, nous le répétons, était devenue pour elle instinctive. Elle prolongea alors ses promenades, gravissait les côtes, rien ne reparut, elle marchait comme tout le monde, et comme tout le monde ne s'occupait plus de son rein. Elle était guérie.

Elle devint enceinte pour la troisième fois. Cet accouchement, comme les précédents, fut tout à fait normal, mais au grand désespoir de Mme X..., lorsqu'après les suites de couches, elle voulut se relever elle constata que les phénomènes douloureux qu'elle connaissait bien, et qui tenaient à son rein avaient reparu après une accalmie de près de 14 mois.

On reparla de l'opération, car elle ne voulait plus souffrir, lorsqu'au milieu d'une nuit, elle fut prise de violentes coliques, de vomissements porracés, de fièvre intense. Le médecin appelé diagnostiqua aussitôt une crise d'appendicite, d'autant plus que sur le milieu de la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure existait un point excessivement limité, mais très douloureux à la pression, que le ventre, s'était ballonné, et que, en refoulant profondément la paroi abdominale, on sentait un empâ-

tement très douloureux, quoique cependant moins sensible que le point de Mac Burney.

Le chirurgien fut rappelé, et quoique prévenu, puisqu'il connaissait l'existence du rein mobile, ne put s'empêcher de faire le diagnostic d'appendicite.

On appliqua de la glace sur le ventre et on attendit, en surveillant de près la malade que les accidents inflammatoires aigus se soient calmés, pour faire l'opération à froid. On administra quelques légers purgatifs au calomel. Huit jours après la malade parut guérie.

Comme elle avait beaucoup maigri, que la paroi abdominale très amincie permettait un examen sérieux et complet, on put se rendre compte alors que du côté de l'appendice, il n'y avait rien. Rien non plus du côté de l'utérus, ni des annexes. Rien en un mot dans le petit bassin. Il fallut donc reporter au rein mobile tous les accidents qui étaient survenus et dont avait souffert et dont souffre encore de temps en temps Mme X. Coliques, douleurs dans la cuisse, s'irradiant dans la direction du nerf sciatique, troubles de la miction, etc., persistent avec des alternatives de rémission et d'exaspération, ces dernières coïncidant toujours avec l'approche des règles. L'idée de l'opération n'est pas abandonnée et il est probable que, sous peu, elle sera faite.

Réflexion.

Nous avons tenu à donner cette observation dans tous ses détails afin de bien établir que le diagnostic de rein mobile n'était pas douteux. On peut même dire que ce rein mobile était typique, car aucun des signes qui le caractérisent n'a manqué.

Le sujet est une femme, c'est le rein droit qui s'est

ectopié, l'accident est survenu après un accouchement. Un deuxième accouchement l'a aggravé. Les douleurs irradiantes, les coliques, les compressions nerveuses, les troubles de la miction très nets ne permettaient pas de faire une erreur, et cependant il a été possible à un chirurgien, des plus expérimentés, *prévenu*, de se tromper, au point de parler de l'opération. Cette opération aurait été faite, certainement, si, au bout de quelques jours, comme cela se faisait d'ailleurs chaque fois, à la gravité des accidents près, les douleurs et les phénomènes généraux ne s'étaient pas brusquement et complétement amendés.

OBSERVATION II

M. B..., ouvrier cordonnier, se présentait à la clinique privée d'un docteur de Paris. Agé de 35 ans, de robuste apparence, fortement musclé, cet homme n'a jamais été malade.

Marié, père d'une assez nombreuse famille (cinq enfants tous bien portants), il ne fait aucun excès, mais travaille toute la journée et souvent son travail terminé, il donne un coup de main au charbonnier, dans la boutique duquel se trouve son échoppe.

Il venait, disait-il, demander une consultation pour une tumeur qu'il avait dans le ventre et qui, à plusieurs reprises, disait-il toujours, lui avait provoqué des crises de péritonite.

Cet homme, malgré son aspect florissant de santé, avait cependant les traits et surtout les yeux fatigués, ce qui frappait en le voyant, était l'impression d'une souffrance ou d'une douleur vive. En effet, il venait d'avoir une crise, et ne pouvait se remettre.

L'examen fit bientôt constater qu'il n'y avait ni tumeur du foie,

ni tumeur de l'estomac. L'état général ne les indiquait d'ailleurs pas. Il fallait chercher du côté d'une tumeur ou cause simplement douloureuse, plutôt que du côté d'une tumeur maligne.

La paroi abdominale, assez épaisse, ne permettait pas un examen très facile. Cependant après un certain temps, on finit par percevoir à gauche une tumeur dont la forme ne se dessinait pas très bien et qui cependant fut reconnue pour être le rein.

Cette tumeur siégeait dans l'hypochondre gauche, et put être assez facilement réduite. Le malade fit connaître, grâce à l'interrogatoire qu'on lui fit subir, dès que le diagnostic fut établi, qu'il avait eu de temps en temps des *rhumatismes* dans la jambe gauche et que souvent il s'était aperçu qu'il n'urinait pas normalement, tantôt peu, tantôt au contraire, avec une abondance excessive.

On lui parla d'opération qu'il finit par accepter et *de visu* on put constater le déplacement d'un rein qui, du reste, ne présentait aucun caractère morbide. Comme toujours, une fois guéri, le malade partit et ne revint plus. Il ne fut pas possible de contrôler s'il y eut ou non récidive, mais la chose ne nous intéresse pas pour traiter le sujet qui nous occupe. L'erreur de diagnostic avait été faite à plusieurs reprises, puisque, à plusieurs reprises, on l'avait soigné pour péritonite ou autre affection morbide aiguë.

OBSERVATION III

Nous trouvons, rapportée parmi les opérations faites dans le service de M. le professeur Guyon, l'observation suivante :

D... Mathilde, 38 ans, cuisinière. A eu deux maladies graves : A 20 ans la variole, à 23 ans la diphtérie.

Phlegmon du ligament large à 27 ans. Dans la convalescence de ce phlegmon, elle commence à souffrir de coliques néphrétiques du côté droit. On ne trouve dans ses urines que du sable blanc ou rouge très fin. En même temps, apparaît une cystite purulente, bien que la malade n'ait jamais été sondée. Cette cystite dure trois semaines. Avec elle, disparaissent les douleurs rénales.

A 34 ans, métrorrhagies et nouveau phlegmon du ligament large. M. le Professeur Terrier ampute le col très hypertrophié. La malade est guérie.

A 36 ans, elle fait une chute qui eut pour conséquence une entorse du genou et une fracture du péroné droit.

Elle a de nouveau de la cystite et de violentes douleurs du côté du rein. Elle urine du pus et tout porte à croire qu'elle a de la pyonéphrose. On la fait entrer dans le service de M. Guyon et est opérée par M. Tuffier.

On constate que le rein droit est abaissé et gros. Il est cependant absolument sain et ne présente aucune trace d'hydro ou de pyonéphrose. Ce n'est qu'après s'être rétablie de cette opération que l'on constate l'existence d'un abcès péri-uréthral, du volume d'une grosse noix, qui avait décollé la paroi vésico-vaginale et faisait saillie dans le vagin. Cet abcès expliquait ces poussées de cystite à répétition. Il y avait donc eu encore erreur de diagnostic qui ne fut vérifiée que sur la table d'opération ?

OBSERVATION IV

M. Ch. G..., 46 ans, se présente un jour de l'année dernière chez un médecin de la banlieue de Paris et raconte ce qui suit :

Depuis plusieurs jours, il souffrait dans le côté droit du ventre et surtout en un point qu'il désignait parfaitement. Il avait été à l'hôpital Beaujon et après avoir été longuement examiné par

plusieurs médecins, on lui avait fait connaître qu'il avait dû avoir une poussée de crise néphrétique, mais que cette crise étant passée, il était nécessaire de suivre un régime *ad hoc* et on lui remit une ordonnance.

Le praticien consulté, ancien interne des hôpitaux, n'eut pas de peine à reconnaître qu'il existait dans la région douloureuse une tumeur mobile présentant une sensibilité tout à fait spéciale et que cette tumeur était le rein droit. Une ceinture, appliquée et parfaitement supportée, fit cesser les douleurs, et le malade dut être guéri puisque depuis 11 mois il n'est pas revenu.

Réflexion.

Nous donnons cette observation, quoique sommaire, parce qu'elle indique encore la possibilité d'une erreur de diagnostic avec la colique néphrétique. Nous voulons bien reconnaître que les nombreux *médecins* dont parle le malade et qui ont commis l'erreur, n'étaient peut-être que des élèves stagiaires, cependant ce n'est qu'une hypothèse..... l'erreur a été faite.

OBSERVATION V

Marguerite C...., bonne, âgée de 21 ans, habite Paris depuis 18 mois seulement. Elle a cependant eu le temps de devenir enceinte et d'accoucher d'un gros enfant. L'accouchement a été fort pénible et a nécessité l'application du forceps.

Dès qu'elle put se lever elle commença à souffrir dans le ventre du côté droit, et elle fut encore obligée d'entrer à l'hôpital où elle

ne fit que passer deux jours. Elle revint dans sa famille et un mois après, rentra à Paris dans une place où elle ne put rester plus de huit jours, tellement elle souffrait, non seulement dans le ventre, mais encore dans la jambe et la cuisse droite.

Ayant des flueurs blanches en abondance elle reçut, du médecin qui la soignait dans sa chambre d'hôtel, des soins pour une vaginite compliquée de salpingite suppurée. On sentait, en effet, dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur légèrement arrondie, allongée, qui paraissait être la trompe enflammée. Comme malgré le repos et les soins médicaux l'état ne s'améliorait pas, car les accidents douloureux se reproduisaient dès qu'elle mettait les pieds par terre, elle se décida à entrer à l'hôpital où le diagnostic de rein mobile fut très facilement fait. Mais elle refusa toute opération. On lui conseilla de porter une ceinture. Elle le promit, mais la porta-t-elle ? On eut plus de ses nouvelles.

Réflexion.

Nous arrêtons là l'exposé de nos observations, nous pourrions en citer beaucoup d'autres. Nous en avons trouvé dans les nombreuses thèses ou ouvrages que nous avons compulsés. Mais nous ne ferions que répéter.

Nous n'avons cité que des observations types, et, sauf celle que nous avons prise dans le recueil des opérations faites à Necker, toutes nous ont été données par des confrères qui ont connu les malades.

Il ne faudrait pas objecter que les erreurs de diagnostic ont été faites, parce que les patients ou les patientes n'avaient été examinés que par des praticiens de quartier. Nous avons absolue confiance

dans ceux qui nous ont donné ces observations, et en les citant, nous sommes certain que l'erreur a été commise, parce qu'elle devait l'être. Pour enlever toute méfiance, nous avons volontairement encadré nos observations personnelles de celles dans lesquelles l'erreur a été faite par des chirurgiens ou docteurs titrés.

CONCLUSIONS

1° Le rein flottant est un accident fréquent. On l'observe surtout chez la femme.

2° Le diagnostic en est souvent difficile à cause des affections voisines concomitantes.

3° En dehors même de cette concomitance, le diagnostic ne se fait pas toujours aisément, surtout avec l'appendicite et la salpingite.

4° Dans ces cas, l'erreur peut être grave, soit par suite du traitement prescrit, soit par suite de l'absence d'un traitement.

5° Les traitements médicaux rendent de grands services dans l'ectopie rénale ; ils sont le plus souvent suffisants. Le traitement chirurgical ne doit être employé que dans les cas compliqués ou rebelles.

Vu : le Président de la thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos. 7
Chapitre I. — Anatomie topographique. 11
Symptomatologie. 23
Diagnostic différentiel 31
Traitement. 39
Observations. 45
Conclusions. 57

Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, 15, Paris.